

1. **INTERNE**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Pays :

Domicile. Rue : Numéro :

Localité : Code postal :

Pays :

Sexe : *Garçon – Fille*

Nationalité :

2. **ENSEIGNEMENT**

Ordinaire - Spécialisé

Primaire - Secondaire

Nom de l'école : Classe :

Adresse :

Téléphone :

3. **RESPONSABLE LEGAL**

Nom : Prénom :

Qualité : *Père – Mère – Tuteur*

Lieu et date de naissance :

Adresse : Rue : Numéro :

Localité : Code postal :

Pays :

Téléphone : Domicile : ou

Travail : Adresse mail :

Profession :

Numéro de compte bancaire :

Titulaire :

Réservé à l'administration :

Entrée :	Sortie :	Matricule :	Classe :	Dimanche : <i>oui – non.</i>
----------	----------	-------------	----------	------------------------------

4. RESPONSABLE AUTRE

Nom : Prénom :
Lien de parenté :
Adresse : Rue : Numéro :
Localité : Code postal :
Pays :
Téléphone :ou
Adresse mail :

5. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Maladies antérieures ou opérations subies :
.....
Votre enfant est-il atteint de : *asthme – affection cardiaque – épilepsie – rhumatisme – incontinence – diabète – affection cutanée – somnambulisme ?*
Vaccin contre le tétanos : *Non - Oui* En quelle année ?
Groupe sanguin :
Allergies particulières : Médicaments :
.....
Nourriture :
.....
Doit-il prendre des médicaments ? *Non – Oui* Lesquels ?
.....
Autres renseignements :
.....
J'autorise toute intervention chirurgicale jugée urgente par le médecin de l'internat.

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Mode de retour le vendredi :
Autorisation de retour avec autre personne : *Oui – Non* :
Rentrée le dimanche soir : *Oui – Non*.
Autorisation de visite :
Autorisation d'affichage d'une photo de mon enfant sur le site ou dans un film réalisé dans le cadre des Activités organisées par l'internat : *Oui - Non*

Je soussigné, responsable de l'interne mentionné dessus,
. déclare que ces renseignements sont exacts et m'engage à notifier toutes modifications à la présente.
. certifie avoir reçu copie du Projet d'Établissement et du Règlement d'Ordre Intérieur.
. atteste avoir été informé du fonctionnement du Conseil de Participation

Le.....

(Signature)

(Vignette Mutuelle)